IPSST
SEGURIDAD SOCIAL

SUBSIDIO DE SALUD

EMPADRONAMIENTO PARA PLANES ESPECIALES

RES. Nº 400 - 26/12/2006 - ANEXO Nº 4

DNI Nº .....

PARA EL AFILIADO

El Sr/a .....
en su carácter de beneficiario/a de la obra social Subsidio de Salud, solicita la inclusión al Plan/Programa
.....
dada la patología que lo/a aqueja y certifica bajo firma de su médico tratante.

Firma beneficiario/a: .....
Aclaración: .....
DNI: .....

.....
Reservado para la Obra Social

PARA EL MÉDICO TRATANTE

En mi carácter de médico tratante del Sr/a .....
Solicito su inclusión en el Plan /Programa .....
en vigencia en la obra social Subsidio de Salud y cuyos alcances conozco, dada la patología que padece.

Firma y sello del médico tratante .....

PARA ÁREA ADMINISTRATIVA

En mi carácter de Jefa Administrativa del CCV, dejo constancia que el Sr/a .....
..... registra afiliación activa aportante a la obra social Subsidio de Salud, sin compromiso de períodos de carencia, atento al análisis emergente de documentación con que acompaña la presente y registros de la base de datos informáticos del IPSST.

Firma y sello del Jefe Administrativo del CCV .....

PARA EL COORDINADOR DEL CCV

En mi carácter de Coordinador del CCV y en atención a lo expuesto en los párrafos precedentes por el beneficiario solicitante, el Profesional Médico Tratante y el Sr. Jefe Administrativo pertinente, como así también protocolo, análisis y estudios adjuntos, autorizo la inclusión en el Plan/Programa.....
del Sr/a .....
por un periodo de ..... --

Firma y sello del Coordinador del CCV .....

IPSST
SEGURIDAD SOCIAL

SUBSIDIO DE SALUD

FICHA DE ADMISIÓN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL IPSST

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO					AFILIADO Nº
DNI	LE ☐ LC ☐ DNI ☐	Nro.		Teléfono	

Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año	Edad diagnóstico	Tipo DBT	Ingreso a programa
					T1☐ T2☐ Gest☐ Otros☐	1RA VEZ ☐ Reingreso☐

Factores de Riesgo C.V.	HTA ☐ Tabaco ☐ Sedentario ☐ Dislipemia ☐											
Gestaciones	Actual		Último año		Malfor-maciones		Nacidos c/+ 5 Kg		Deceso Perinatal		Abortos	
Datos Clínicos	Peso				TA mmHg			Circunf. cintura				
	Talla				IMC			Circunf. cadera				

Órganos Blanco	**Ojos**	Amaurosis		**Pies**	Amputación
		Cataratas			Examen último año
		Fotocuagulación			Angioplastía / By pass
		Fondo de ojo			Ausencia de pulso pedio
	Retinopatía	No proliferativa			Ausencia de reflejos
		Pre proliferativa			Úlcera
		Proliferativa			Alteración sensibilidad

Datos de Laboratorio	Glucemia ayunas (mg/dl)				Creatinina (mg/dl)			
	HbA1 - A1c				Clearance (ml/min)			
	Fructosamina				Microalbuminuria mg/24 hs.			
	Colesterol Total (mg/dl)				Proteinuria 24 hs.			
	HDL (mg/dl)				Trigliceridemia (mg/dl)			

Educación Diabetol-lógica	¿Hizo cursos de educación? Si ☐ No ☐	¿En caso de usar insulina, el paciente se la administra? Si ☐ No ☐
	¿Realiza monitoreo? Si ☐ No ☐	¿Sabe ajustar la dosis de insulina? Si ☐ No ☐
	¿Controla sus pies? Si ☐ No ☐	¿Tiene monitor de glucemia? Si ☐ No ☐

Complicaciones	Hipoglucemias severas (nro/año)		IAM	
	Cetoacidosis (nro/año)		ACV	
	Angioplastia / Bypass		Ingreso a Diálisis	

	Causa	**Nro de días**
Internaciones último año	**1.**	
	2.	
	3.	
	Nombre genérico	**Dosis**
Tratamiento con HGO	**1.**	
	2.	
	3.	
	Tipo insulina	**Nro de aplicación**
Tratamiento con insulina	**1.**	
	2.	
	3.	
	Nombre genérico	**Dosis**
Tratamiento patologías asociadas	**1.**	
	2.	
	3.	
	7.	

	MÉDICO CABECERA		
Nombre y Apellido			
Domicilio profesional			
Teléfono laboral		Teléfono personal	
e-mail			

Lugar y fecha: .....

Firma y sello del Profesional .....

***Para los datos solicitados en sombreado es obligatorio completar**